

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles-Henri FITTE

Né le 26 novembre 1885, à Lannemezan
Interne des Hôpitaux de Paris

IDÉE NOUVELLE SUR LE TRAITEMENT

DE

L'OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE
DU GENOU

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

24

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles-Henri FITTE

Né le 26 novembre 1885, à Lannemezan

Interne des Hôpitaux de Paris

IDÉE NOUVELLE SUR LE TRAITEMENT

DE

L'OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE
DU GENOU



Président : M. PIERRE DUVAL, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
 ASSESEUR : G. POUCHET
 PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHERT
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	N.
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	N.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS, A MON BEAU-FRÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

En témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR A. RICHE

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MESSIEURS LES DOCTEURS ALGLAVE, AUBERTIN,

FREDET, HEITZ-BOYER, GERNEZ,

MOUCHET, ROCHARD

IDÉE NOUVELLE SUR LE TRAITEMENT
DE
L'OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE
DU GENOU

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous rapportons tout simplement, une observation d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, traitée chirurgicalement de façon précoce avec guérison totale, parfaite, j'entends par là, une conservation complète de la valeur fonctionnelle du membre malade.

Ce cas intéressant au double point de vue :

Rapidité et simplicité du traitement.

Excellence du résultat.

Rompt totalement avec les méthodes usuelles de traitement des tuberculoses du genou.

Apportant un élément nouveau, une technique très heureuse non encore décrite dans la littérature médi-

cale, étant susceptible d'autres applications il méritait une mention spéciale.

Nous devons ce travail à l'obligeance de notre maître, le D^r Arrou avec lequel nous avons à la Pitié traité et suivi la malade dont voici l'observation.

OBSERVATION

P. S..., âgée de 27 ans, repasseuse, domiciliée à la Varenne Saint-Hilaire.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à quarante-neuf ans, à la suite d'accidents hépatiques, coliques hépatiques subintrantes.

Père mort à cinquante-quatre ans, à la suite d'une congestion pulmonaire.

Antécédents personnels. — Fille unique, a toujours eu une excellente santé.

A dix-huit ans, présente une bronchite qui dure quelques semaines, sans altérer son état général.

A une fille de deux ans bien portante.

A accouché le 18 août, enfant bien portant, couches normales.

* * *

Le début de l'affection qui nous occupe ostéo-arthrite tuberculeuse du genou gauche remonte aux premiers jours de septembre 1919.

Comme d'habitude, la malade rapporte l'éclosion des accidents à un traumatisme qui serait survenu le 1^{er} septembre. Elle aurait fait, dit-elle, un faux pas dans l'escalier du métro, faux pas à la suite duquel, elle aurait boité et souffert de son genou gauche. Elle va consulter un médecin qui ordonne successivement

du massage, puis des pointes de feu. De ce premier traitement, la malade ne tire aucun bénéfice appréciable. Au contraire, son genou gauche lui fait de plus en plus mal, et la marche, du fait de la douleur, devient presque impossible.

Cette douleur survenant d'ailleurs sans cause et par véritables crises prend un tel caractère d'acuité que la malade ne peut reposer la nuit. Aussi elle maigrit très rapidement, perd 7 livres dans l'espace de quatre semaines passant de 47 kilos à 43 kgr. 1/2.

Perdant l'appétit, dormant très mal, souffrant chaque jour davantage, la malade vient consulter à l'hôpital de la Pitié le 28 octobre 1919.

Elle est hospitalisée dans le service du D^r Arrou, salle Verneuil, lit n° 9.

* * *

Dès le premier examen, la malade attire très nettement notre attention sur le genou gauche seul en cause.

Nous sommes tout d'abord frappé de la différence d'aspect et d'attitude du membre inférieur gauche malade et du membre inférieur droit sain.

Alors que le membre inférieur droit est complètement étendu en position rectiligne sur le plan du lit, il existe du côté gauche, une flexion assez marquée de la jambe sur la cuisse, avec très légère rotation externe.

Ce qui nous frappe surtout, c'est que le genou gauche est beaucoup plus volumineux que le droit.

C'est un genou distendu avec des méplats articulaires effacés, toutefois, nous notons en passant que la peau présente à ce niveau une coloration tout à fait normale. Par contre, la cuisse gauche nous apparaît amaigrie, manifestement moins forte dans son ensemble que la cuisse droite, environ 4 centimètres de moins à gauche qu'à droite. Donc déjà deux données nous sont fournies par la simple inspection :

Coexistence et d'un gros genou et d'atrophie musculaire du côté gauche.

Nous palpons ce gros genou. Il est très aisé de mettre en évidence par le choc rotulien la présence d'un gros épanchement de liquide dans la synoviale. Cette dernière, cependant paraît être normale, pas d'induration, pas d'épaississement, pas de bourrelet en un point quelconque de l'article. Le problème se précise donc, nous nous trouvons en face d'une hydarthrose sans lésions apparentes de la synoviale.

Mais, tandis que nous explorons le genou, la malade accuse par moments de très vives douleurs. Nous l'interrogeons sur la cause de cette souffrance, qui est manifestement très aiguë, et elle nous dit que chaque fois que l'on appuie en dedans de son genou en un point déterminé, nous la faisons souffrir. A notre demande elle pose son index droit sur le point douloureux. Ce point répond au condyle interne fémoral. Nous explorons méthodiquement la sensibilité de ce condyle. Sur les faces antérieure, postérieure et supérieure indolence parfaite.

Au niveau de la face externe cutanée, dans la zone

périphérique, pas de réaction douloureuse à la pression mais, chaque fois que le doigt approche de la portion centrale, la malade accuse de la souffrance. Précisant la topographie de cette zone douloureuse, nous constatons qu'elle répond au centre du condyle sur une surface très limitée, environ celle d'une pièce de 0 fr. 50. Sur cette surface, douleur exquise, tout autour d'elle, indolence parfaite.

L'examen du condyle externe et du tibia ne décèle aucune lésion.

Nous nous trouvons donc en face d'une ostéite et d'une ostéite très nettement limitée, semble-t-il, du condyle interne.

Continuant notre examen, la main va instinctivement palper la fosse iliaque interne correspondante et constate à ce niveau la présence d'un gros ganglion de la grosseur d'une noix environ.

Alors plus d'hésitation possible.

Point douloureux sur le condyle interne. Adénite iliaque. Réaction articulaire avec hydarthrose. Atrophie musculaire. Nous avons tous les éléments pour affirmer une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou gauche à son début, seul diagnostic possible.

Certainement les lésions sont encore à leur début, car la malade conserve parfaitement tous les mouvements du genou gauche. Elle étend et fléchit parfaitement la jambe, donc pas la moindre diminution d'amplitude des mouvements, fait de grosse importance qui explique en partie la conduite opératoire suivie.

Là se borne l'examen de la malade qui par ailleurs n'offre rien de curieux. Elle a maigri, elle a un teint un peu pâle, elle ne dort pas bien, elle a peu d'appétit mais elle ne présente pas de lésions, soit au niveau de l'appareil pulmonaire, du tube digestif ou des organes génito-urinaires.



Zone de décalcification correspondant à la zone douloureuse.
(Décalque de la plaque radiographique).

L'examen radiologique est pratiqué le lendemain de l'entrée de la malade.

DISCUSSION DE L'INTERVENTION

Notre maître le Dr Arrôu vient examiner très fréquemment la malade dont le tableau clinique reste toujours le même, seules, les douleurs spontanées semblent calmées par le repos.

Après avoir tourné et retourné maintes fois le genou, il nous paraît très réservé sur le traitement et nous fait part de ses hésitations.

En face de cette ostéo-arthrite quel traitement instituer ?

Deux méthodes s'offrent à nous :

Immobilisation ;

Résection.

Mais nous savons combien sont peu fréquentes les guérisons dans la première de ces méthodes qui ne donnent que trop souvent des guérisons apparentes. Dans le cas qui nous occupe, malgré l'immobilisation, les injections sclérogènes, nous aurions toutes chances pour voir cette ostéo-arthrite se transformer en quelques mois en tumeur blanche du genou.

N'est-il point actuellement classique de réserver cette méthode aux formes synoviales pures ? ce qui n'est pas notre cas puisque nous nous trouvons en face d'ostéite tuberculeuse très nettement caractérisée.

Reste donc la résection du genou qui seule paraît logique.

Mais combien peu facile il est de proposer à notre malade, qui ne soupçonne pas la gravité de son mal et qui ne peut la soupçonner, une intervention sanglante qui va supprimer une articulation.

D'autre part les lésions qu'elle présente sont bien limitées, localisées en un point précis du condyle et laissent à l'articulation toute sa mobilité.

N'y aurait-il pas disproportion trop évidente entre cette lésion réduite et une intervention aussi considérable qu'une résection ?

A côté d'un traitement sûr mais peut-être trop radical n'y aurait-il pas place pour une technique suffisamment active pour extirper, à coup sûr, de ce genou, toute lésion tuberculeuse, et suffisamment conservatrice pour respecter une articulation très mobile et laisser à ce genou libre la liberté ultérieure de ses mouvements.

Obtenir une ankylose par résection, ne serait-ce pas faire payer trop cher la guérison à la malade ?

N'est-il pas légitime de tout essayer pour lui conserver un genou normal ?

Puisque nous connaissons le point osseux précis offrant des lésions tuberculeuses, pourquoi ne pas traiter cette ostéo-arthrite si bien limitée comme l'on traiterait un corps étranger, un éclat d'obus qui serait venu se loger dans le condyle interne ?

Ouvrir l'articulation après repérage des lésions.

Curettage rigoureux et si l'extirpation des tissus malades nous paraît être complète, sans toutefois compromettre la solidité du genou, refermer directement.

Assurément cette conduite s'éloigne singulièrement du traitement classique. Elle peut paraître audacieuse mais nullement téméraire, car en cas d'échec très possible, soit lésions trop étendues à l'ouverture, plus étendues que ne le faisait soupçonner l'examen de la malade, soit récurrence ultérieure post-opératoire des lésions, la ligne de retraite est parfaitement assurée, car la résection sera toujours possible.

La malade ne pouvant que bénéficier de cette hardiesse chirurgicale, notre maître se décide à l'opérer, après l'avoir longuement éclairée sur les diverses éventualités possibles.

Entre temps, cette dernière quitte l'hôpital pour affaires personnelles, le 16 novembre pour y revenir le 1^{er} décembre.

Elle offre toujours le même tableau clinique, à noter toutefois que l'hydarthrose a sensiblement diminué.

OPÉRATION ET TECHNIQUE SUIVIE

Le 18 décembre, la malade est opérée.

La veille, sur le conseil de mon maître, je repère très exactement sur la peau le point osseux douloureux.

Malade endormie au chloroforme après injection une demi-heure auparavant de scopolamine, morphine.

Un aide maintient fortement le membre inférieur gauche en rotation externe.

Voici point par point la technique suivie par M. Arrou :

1^o Incision de 8 centimètres, portant sur la face

cutanée du condyle interne. Incision dans l'axe du membre décrivant une légère courbe à concavité antérieure.

Le milieu de l'incision, milieu très exactement repéré porte sur le point douloureux.

2° Deux écarteurs et l'on aperçoit la synoviale. Cette dernière n'est pas normale. Elle présente en un point une vascularisation très riche avec aspect moutonneux très particulier. M. Arrou la résèque à ce niveau en croissant sur une hauteur de 2 à 3 centimètres et une largeur de 1 centimètre.

3° Derrière ce point réséqué de la synoviale, juste à l'endroit repéré, l'os se présente avec cet aspect gris, terne, si spécial aux lésions tuberculeuses. La curette est maniée très vigoureusement pendant quelques minutes et extirpe l'os friable à ce niveau de façon complète, jusqu'à ce qu'apparaisse l'os normal, avec sa teinte et sa résistance habituelles. L'os crie bien sous la curette, toutes les lésions ont bien été enlevées. Il reste, à la place de la lésion tuberculeuse bien circonscrite, une cavité très nette de la grosseur d'une noix ;

4° Lavage à l'éther, puis tamponnement de quelques minutes sur la cavité osseuse pour arrêter l'hémorragie en nappe. Fait particulier, ce tamponnement n'arrête nullement l'hémorragie.

5° Suture de la synoviale au catgut double zéro. Cinq crins sur la peau.

Pansement sec. Attelle postérieure ouatée.

SUITES OPÉRATOIRES IMMÉDIATES

La malade est opérée le 18 décembre 1919.

Les fils sont enlevés le 27 décembre.

Le genou est mobilisé à partir du 3 janvier 1920.

La malade pose le pied à terre le 7 janvier.

Elle quitte l'hôpital le 10 janvier.

Depuis son opération elle ne souffre plus du genou, ni le jour ni la nuit.

Quand elle nous quitte, elle peut s'appuyer sur son genou gauche sans aucunement souffrir. Mais la démarche reste hésitante, elle boite et s'appuie sur une canne.

SUITES ÉLOIGNÉES

En février et juin, la malade donne de ses nouvelles. Elle paraît très satisfaite de l'état de son genou. Je vais la voir le 21 juillet à La Varenne, car devant accoucher en août, elle ne peut supporter la fatigue du train.

Examen le 21 juillet 1920, sept mois après l'intervention.

Etat général : parfait. Bon teint, bon appétit, bon sommeil.

Etat du genou : la malade depuis le 28 décembre n'a plus souffert.

Elle dort parfaitement depuis son intervention et

jamais son sommeil n'a été troublé par le moindre lancement pénible au niveau du genou.

Elle marche avec facilité en toute liberté autant d'ailleurs que peut le lui permettre l'état de sa grossesse très avancée. Elle monte et descend devant moi un escalier assez raide avec une certaine aisance, avançant alternativement le pied droit et le pied gauche, preuve bien évidente qu'elle fait confiance égale aux deux membres. Elle fait également des marches d'un bon quart d'heure sans ressentir de fatigue au niveau du genou. Toutefois, me dit-elle, après certaines journées plus fatigantes, sa jambe gauche est moins assurée que sa droite. — Je l'examine couchée,

La cuisse gauche présente toujours de l'atrophie, 1 centimètre de moins qu'à droite, mais beaucoup moins marquée qu'en décembre, elle a gagné 2 à 3 centimètres au fur et à mesure qu'elle rééduquait son membre inférieur gauche, que sa marche se raffermissait.

Le genou est encore un peu plus gros que du côté droit, mais pas de liquide dans l'article.

Le gros ganglion iliaque a totalement disparu, véritablement fondu. Je presse fortement sur le point douloureux ancien du condyle interne remplacé actuellement par une légère dépression en forme de godet. J'insiste, par la moindre douleur.

La malade fléchit et étend sa jambe à volonté avec la plus grande facilité.

La malade me dit avoir mis trois mois à marcher avec aisance tout comme avant le 1^{er} septembre, non pas qu'elle ait souffert mais parce qu'elle sentait une

moins grande solidité dans sa jambe gauche, solidité qui n'est revenue que petit à petit.

Tout ce qu'elle dit correspond d'ailleurs parfaitement à l'examen. Jambe gauche normale, mais atrophie de la cuisse, légère, mais indéniable. Revue le 25 septembre, même état neuf mois après l'intervention.

CONSIDÉRATIONS SUR CE CAS CLINIQUE

En résumé, une ostéo-arthrite du genou de nature tuberculeuse est opérée le 18 décembre 1919, peut marcher le 7 janvier, avec l'aide d'une canne et, au bout de trois mois, marche normalement.

Ce cas est-il susceptible de critiques, peut-il donner un enseignement ?

Est-il susceptible de critiques ?

Oui, l'on pourra dire à la lecture de cette observation :

1° Êtes-vous sûr de la nature tuberculeuse de cette arthrite ?

2° Êtes-vous sûr d'un résultat définitif après neuf mois ?

A la première objection, votre diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse est-il suffisamment ferme ? Avez-vous pour l'étayer inoculé au cobaye le liquide de l'épanchement ?

A cela je répondrai : c'est très vrai, l'enquête est incomplète mais, malgré cet oubli, notre examen n'est-il pas surabondant en preuves cliniques et n'est-il pas une signature plus évidente de tuberculose du genou

que les signes décrits chez notre malade : gros genou, point douloureux condylien, atrophie et ganglions iliaques.

Il est d'ailleurs des confusions que la clinique n'admet pas. Ceci ne pouvait être de la Σ qui présente un tout autre aspect ou une mycose si rare et si discutable.

Il ne pouvait s'agir que de tuberculose et quel véritable intérêt aurions-nous eu à démontrer par le secours du laboratoire un fait qui nous était déjà si amplement et si clairement acquis par la clinique ?

Quant à la deuxième objection, votre résultat ne tient que depuis neuf mois, quelques années seraient plus démonstratives.

Je répondrai, je ne sais, en effet, comment se comportera ce genou ultérieurement. Il peut très bien être le siège d'une nouvelle localisation tuberculeuse. Tout ce que j'ai constaté c'est qu'actuellement il ne reste plus trace de l'ostéo-arthrite pour laquelle la malade est venue consulter.

N'est-ce pas déjà un résultat que d'avoir obtenu la disparition des douleurs, la marche régulière et la fonte de l'adénite iliaque. Tous ces signes sont suffisamment nets et l'on peut dire : Ce genou est guéri, ce qui était notre seul but. Quel traitement différent eût pu donner le même résultat ?

Quel enseignement tirer de ce cas isolé ?

Que nous prouve cette observation unique, peut-être heureuse ?

Certes, elle ne prétend nullement dresser une tech-

nique nouvelle en face de la résection du genou.

Mais cette nouvelle méthode s'adresse à un cas bien déterminé, elle a donné dans les mains de M. Arrou un succès, je le répète dans un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse bien circonscrite.

Le tout est de trouver des lésions aussi précoces, aussi limitées. Ceci est très possible. Une fois de plus je me retrancherai derrière l'autorité de mon maître qui a traité dans son service de la Pitié maintes et maintes tumeurs blanches du genou. Sur le grand nombre de consultants il a pu trouver en moyenne par année un ou deux cas de lésions d'ostéite nettement localisée et rappelant à peu de chose près le tableau clinique de notre malade, lésions auxquelles il aurait pu appliquer ce même traitement. Dans ces conditions devant un cas cliniquement superposable à celui-ci, pourquoi ne pas oser une technique semblable ? Pourquoi ne donnerait-elle pas un aussi brillant résultat ? A d'autres donc d'essayer, j'espère qu'ils seront tout aussi heureux.

CONCLUSIONS

En résumé, nous donnons une observation d'ostéoarthrite tuberculeuse du genou, survenue chez une femme de vingt-sept ans.

Cette tuberculose articulaire a pour caractéristiques :

1° D'être limitée en un point précis du condyle interne ;

2° De laisser au genou toute liberté de mouvements.

Cette malade à l'encontre de toutes les idées classiques a été opérée par M. Arrou, le 18 décembre 1919, de la façon suivante :

Ouverture du genou après repérage exact des lésions.

Curettage soigneux du condyle interne.

Fermeture immédiate.

Dès cette époque, la malade ne souffre plus.

Elle peut marcher, mais difficilement le 7 janvier 1920, c'est-à-dire dix-neuf jours après l'intervention. Elle marche parfaitement, trois mois après l'intervention.

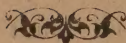
Revue le 21 juillet, le 25 septembre 1920. La malade est parfaitement guérie, et maintient sa guérison.

Devant un cas si probant, nous ne pouvons que conseiller une technique semblable, devant une ostéo-

arthrite superposable à la nôtre caractérisée par ce double fait :

1° Lésions circonscrites en un point osseux nettement localisé ;

2° Lésions n'ayant nullement diminué, lorsque la malade vient consulter, la flexion et l'extension du genou.



Le Président de la thèse,
R. DUVAL

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
APPELL

